FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 83

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE DE PRINCIPE EST-ELLE JUSTIFIÉE ?

Travail du Service de Chirurgie de l'Hôpital de Salon
(Chirurgien-Chef, Mr le Professeur agrégé Paul BOURRET)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 20 JUILLET 1955

par

Michel CAMPANA
né le 22 Septembre 1927 à Bastia (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. MOIROUD, Président
CHOSSON
BOURRET
SERMENT

IMPRIMERIE SAINT-LAMBERT
24, Rue Saint-Lambert, 24
MARSEILLE
1955

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE DE PRINCIPE EST-ELLE JUSTIFIÉE ?

Travail du Service de Chirurgie de l'Hôpital de Salon
(Chirurgien-Chef, Mr le Professeur agrégé Paul BOURRET)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE DE PRINCIPE EST-ELLE JUSTIFIÉE ?

Travail du Service de Chirurgie de l'Hôpital de Salon
(Chirurgien-Chef, Mr le Professeur agrégé Paul BOURRET)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 20 JUILLET 1955

par

Michel CAMPANA
né le 22 Septembre 1927 à Bastia (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse : MM. MOIROUD, Président ; CHOSSON ; BOURRET ; SERMENT

IMPRIMERIE SAINT-LAMBERT
24, Rue Saint-Lambert, 24
MARSEILLE
1955

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN — **Assesseur :** J. DELPHAUT

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER, MONGES.

Chargé de cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire Principal : J. COMTE — **Bibliothécaire :** Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie-Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Sociale	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BOURRET
DONNET
GREBUS
MM. MERCIER Jacques
MOURGUE
LISSITZKY

AGREGES EN EXERCICE

MM. APPAIX
BERNARD
CREMIEUX
GRANJON
HENRY
LAMY
LAVAL
LENA
MM. MARONNEAUD
MONGES H.
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT
VAGUE

AGREGES LIBRES

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
MM. IMBERT
RECORDIER

Chargés des fonctions de Maitres de Conférences

Anatomie Pathologique ..... M. PAYAN
Botanique et Cryptogamie..... M. BERNARD P.
Histologie ..... M. STAHL

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique Urologique ..... M. CHAUVIN

A MA MÈRE, A MON PÈRE,

vers qui vont mon affection et ma reconnaissance.

A MA SŒUR,

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur MOIROUD,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Il a toujours été le Maître soucieux de nous instruire et nous lui devons une éternelle gratitude.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur CHOSSON,

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique,

Nous lui devons d'avoir sans cesse facilité nos études médicales en nous donnant, avec des idées claires, des faits toujours précis.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici le témoignage de notre respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé BOURRET,

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Salon

Nous lui devons l'inspiration du sujet de ce travail.

Il a su nous guider également tout au long de sa réalisation.

Nous admirons en lui ses grandes qualités chirurgicales, son activité infatigable et sommes honoré de l'avoir eu pour Maître.

Nous lui sommes profondément reconnaissant et attaché.

A Monsieur le Professeur Agrégé SERMENT,

Nous le remercions d'avoir accepté de juger cette thèse ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES D'ETUDES

A TOUS CEUX qui, dans cet Hôpital de Salon,
se dévouent chaque jour sans compter.

A TOUS MES AMIS

L'HYSTERECTOMIE TOTALE DE PRINCIPE

EST-ELLE JUSTIFIÉE ?

INTRODUCTION

Faut-il ajouter un nouveau document à ceux innombrables qui, dans la littérature médicale mondiale, affrontent partisans et adversaires de l'hystérectomie sub-totale ou totale ?

Il nous semble que oui, car ce problème si important de technique et de tactique opératoires gynécologiques n'a pas reçu de solution nette. Chacun reste sur ses positions.

Or, il semble qu'à l'heure actuelle beaucoup des reproches faits à l'hystérectomie totale ont perdu leur vigueur et que les très nombreux chirurgiens qui ne pratiquent qu'exceptionnellement la totale se privent sans raison valable d'un procédé logiquement beaucoup plus satisfaisant.

Le Professeur Agrégé Paul Bourret, Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Salon, notre Maître, qui pratique systématiquement l'hystérectomie totale, nous a chargé de revoir toutes les malades opérées par ce procédé depuis 1950.

Cela nous a permis d'avoir une série homogène d'observations qui nous autorise à aborder ce débat avec des arguments nouveaux. Nous allons donc entreprendre une tâche difficile : un plaidoyer en faveur de l'hystérectomie totale de principe, qui nous paraît actuellement justifiée du fait de sa bénignité et de la simplicité de ses suites opératoires en tous points comparables à celles de la sub-totale.

Cela nous permettra ainsi d'envisager les mérites respectifs de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie sub-totale autrement qu'en considération de la possibilité d'un cancer développé sur le col restant.

Les premiers travaux publiés remontent à la fin du XIX[e] siècle.

PEAN, en 1897, y faisait déjà amplement allusion, puis, deux ans plus tard, BOUILLY.

A partir de 1900, on note une augmentation des publications, en France et à l'Etranger, notamment en Allemagne et en Italie avec PESTALOZZA ; mais elles n'arrivent pas à trancher le différend.

Aux environs de 1910, les cas deviennent plus nombreux et on cite les travaux de JEANNENEY, puis de SEJOURNET.

En 1931, FAURE, le grand défenseur de la sub-totale, écrivait : « Je suis à peine étonné qu'il y ait à parler encore sur la compa- « raison que l'on peut faire entre l'hystérectomie totale et l'hys- « térectomie sub-totale ; c'est une question qui me paraît résolue « depuis au moins 25 ans, si ce n'est 30. »

En 1932, c'est FORGUE qui, reprenant le travail de J.-L. FAURE, écrit sous le titre « Hystérectomie totale ou Hystérectomie sub-totale ? » ; il préconise l'élargissement des indications de la totale et dresse dans un tableau les arguments contre, et pour celle-ci, c'est-à-dire « pour la conservation ou la suppression de cette « faible portion de l'utérus sur laquelle porte tout le débat, de ce « bref moignon du col de 2 à 3 cm. à peine que conserve la sub- « totale. »

De son côté, HERBER SPENCER, traitant de la « *Total Abdominal Hysterectomy for fibromy* », se révèle un totaliste opiniâtre et s'intitule lui-même d'ailleurs le défenseur « persistant advocate » de la totale.

L'Ecole Marseillaise, un peu après 1930, s'occupe aussi de la question. G. BONNAL, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* de juin 1936, donne des statistiques sur les cancers du col restant pour les années 1933, 34, 35, effectuées au Centre Anti-cancéreux, et écrit : « C'est tout le problème de l'hystérec- « tomie sub-totale qui se pose, non plus avec des arguments « d'impression, mais avec des données précises. » D'après ce travail, 10 % des cancers du col seraient des cancers développés sur col restant.

Dans le même article, on apprend que PIÉRI s'oppose aux idées de G. BONNAL et dit : « Je ne crois pas que l'on puisse « conclure de façon absolue, malgré les chiffres impressionnants « qui nous sont soumis et que toutes les fois que l'on intervient « sur les organes génitaux il faille faire une totale ; sinon, nous

« serions obligés de conclure qu'il faudrait enlever à toutes les « femmes l'utérus. Et, peut-on admettre que la sub-totale favorise « le cancer ? »

La même année, J. Dor s'est intéressé au même sujet sous la direction d'Imbert.

Enfin, le Professeur Moiroud, en 1937, cite dans les mêmes Bulletins le cas d'une jeune femme opérée d'hystérectomie sub-totale pour double pyo-salpinx adhérent et pour laquelle une biopsie pratiquée sept ans après est « nettement démonstrative d'épithélioma spino-cellulaire ». Ce néo ne paraissait pas d'un pronostic favorable et l'auteur ajoute : « Il faut conclure que « l'hystérectomie totale aurait mis cette jeune femme à l'abri de « cette bien triste éventualité. »

Récemment, de nombreux auteurs ont repris la controverse, en particulier Herold, Vara-Paavo dans un article fort bien documenté et dans des thèses : Collin, Gourves, pour ne citer que les plus intéressants.

Bien entendu, le problème du cancer du col restant demeure dans la plupart de ces travaux le point essentiel mais déjà d'autres arguments apparaissent, en particulier dans la thèse de Gourves, qui évoque l'influence du mode d'hystérectomie sur le développement ultérieur des prolapsus.

C'est dans cette voie que nous allons nous engager et essayer d'aborder ce problème sous ses aspects les plus divers.

POSITION DU PROBLEME

Deux ordres de faits dominent le débat qui oppose l'hystérectomie totale à l'hystérectomie sub-totale : les premiers sont d'ordre physiologique, les seconds purement de technique et de tactiques chirurgicales.

Il est nécessaire, avant d'aborder l'important débat des avantages et inconvénients de chaque procédé, de répondre à la question : physiologiquement et sensoriellement est-il souhaitable de conserver le col ?

Beaucoup de personnes candidates à l'hystérectomie réclament avec insistance la conservation du col, persuadées qu'il s'agit d'une zone érogène essentielle. En fait, il est bien évident que les frigidités post-opératoires sont le fait de la castration et non de l'ablation du col. Il n'est pas niable, certes, que le col joue un rôle dans l'eupareunie.

On sait que les muscles du museau de tanche présentent des contractions rythmiques lors de coït et que l'orifice cervical est animé de ce fait de mouvements alternatifs d'ouverture et de fermeture. Mais ceci a un but bien précis et qui n'a plus ici aucune valeur ; un point plus important est l'étude de l'innervation de l'utérus qui nous montre que, parmi les zones érogènes, le col tient une place non négligeable à côté du clitoris et de la colonne antérieure du vagin.

On peut également constater que lors des rapports, les sécrétions glandulaires, surtout du col, s'exagèrent dans la phase de tumescence et qu'à l'excitation du clitoris et du col répondent les contractions réflexes des muscles vulvo-vaginaux.

Le col joue donc bien un rôle dans l'eupareunie, mais celui-ci est secondaire et ne peut compter dans le choix d'un procédé d'hystérectomie.

Malgré cela, si l'hystérectomie n'est pas totale de principe, c'est que deux techniques s'affrontent : l'hystérectomie sub-totale et l'hystérectomie totale et que les inconvénients de l'une font les avantages de l'autre.

C'est à l'étude de cette équation que nous allons maintenant nous attacher.

I. - INCONVENIENTS ET REPROCHES ATTRIBUES A L'HYSTERECTOMIE TOTALE

On a dit de l'hystérectomie totale qu'elle présentait trop d'inconvénients pour en faire une intervention de routine et qu'il fallait de ce fait se contenter de l'hystérectomie sub-totale ; en réalité, ces inconvénients et ces reproches, s'ils avaient encore dernièrement une base solide, ont perdu beaucoup de leur valeur depuis les progrès de l'anesthésie et l'usage des antibiotiques.

Cinq reproches principaux ont été adressés à l'hystérectomie totale :

— Entraîner des difficultés opératoires plus importantes que l'hystérectomie sub-totale ;
— Présenter des dangers d'hémorragie et d'infection ;
— Favoriser le déséquilibre de la statique pelvienne et devenir ainsi génératriee de prolapsus ;
— Par ses suites opératoires plus complexes augmenter la mortalité de l'hystérectomie.

Nous envisagerons successivement ces cinq reproches :

A. - Difficulté opératoire plus grande et allongement de la durée de l'intervention.

Il est incontestable que l'hystérectomie totale est une intervention plus longue et plus difficile que l'hystérectomie sub-totale et l'on ne peut s'étonner que FAURE ait dit, en 1931, qu' « en faisant « la totale on se donne beaucoup plus de mal pour finir par perdre « quelques malades de plus ».

En fait, la totale a été considérée comme une intervention difficile et dangereuse par ceux qui ne l'ont pratiquée que rarement dans les cas graves avec la main forcée. Il est bien évident que dans ces conditions le résultat n'ait pu être comparé à ceux de la sub-totale. Pour être honnête et logique, il faut comparer deux séries importantes d'hystérectomies, soit totales, soit sub-totales, mais réalisées dans chaque cas, par principe, pendant une période donnée. On s'aperçoit alors que les résultats sont en tous points comparables et qu'une bonne pratique de cette intervention ne la rend pas plus dangereuse que la sub-totale.

1° - *Les difficultés opératoires :*

Elles ont été très exagérées et ne dépendent pas en réalité du procédé choisi, mais de l'état pathologique du petit bassin.

La vessie et l'uretère sont-ils plus en danger dans l'hystérectomie totale que dans l'hystérectomie sub-totale ? Cela est uniquement facteur de la technique utilisée, et si l'on a soin d'aller à la recherche du vagin en passant entre les fibres musculaires

et les éléments fibreux qui entourent l'isthme utérin, il n'existe absolument aucun danger de léser la vessie ou les uretères dans le stade d'ouverture du vagin et d'ablation du col. Cela est matériellement impossible, car le ciseau passe dans un plan où il n'existe que quelques petits vaisseaux mais aucun organe essentiel. Il est facile d'ailleurs de trouver ce plan : lorsque les deux pinces ont été placées de chaque côté de l'isthme, sur les vaisseaux utérins, il suffit avec le ciseau d'entamer légèrement les tissus qui entourent l'isthme entre la pince et l'utérus. En tirant la pince vers l'extérieur, l'on voit apparaître cet espace dans lequel on plonge à fond, parallèlement à l'axe du col, une pince de Rochard. En sectionnant alors les tissus fibreux entre le col et la pince, l'on voit en s'accompagnant d'une traction assez forte de l'utérus cet organe s'élever progressivement comme un piston sortant de son cylindre.

Bientôt en rejoignant ces deux espaces latéraux en avant, par quelques mouvements d'un dissecteur ou d'un ciseau, l'on se trouve sur la paroi vaginale que l'on amène alors très facilement ; la section des utéro-sacrés parachève la libération de la totalité de l'utérus.

La vessie reste certainement séparée de ce plan de dissection par une couche fibro-musculaire résistante, appelée par certains le « ligament coronaire ». Latéralement les uretères, très distants, ne peuvent être atteints au cours de ce temps opératoire.

Aldridge a parfaitement décrit cette technique qui met à l'abri de toute surprise. Si des lésions vésicales ou uretérales ont été observées par certains, c'est, nous le répétons, parce qu'ils réservaient la totale à des cas suspects ou à des lésions étendues avec difficulté de séparer vessie et utérus et de retrouver les uretères. Le seul argument qui pourrait militer contre la totale est d'ordre anatomique : Est-ce que ce clivage entre col et vessie, derrière le trigone vésical, ne risque pas de compromettre la vascularisation vésicale en sectionnant quelques artérioles destinées à la face postérieure de ce viscère ? Il ne semble pas, *a priori*, que cela soit possible étant donné le nombre et l'importance des sources artérielles de cet organe et les anastomoses qu'elles contractent. Toutefois, nous avons observé une fistule vésico-vaginale, après une totale déroulée très simplement pour petit fibrome, qui nous laisse un doute à ce sujet (*obs. n°* 72). La seule réserve que l'on puisse donc faire serait celle-ci : un sphacèle vésical n'est-il pas à craindre si l'on dissèque l'espace vésico-cervico-utérin ? Le risque paraît minime, d'autant que notre observation ne prouve en rien que la totale en soit responsable, car il se peut fort bien que la simple ligature des utérines et la suppression des branches cervico-vaginales soient à l'origine de l'ischémie de la paroi vésicale et que, par conséquent, cet accident aurait été observé de la même façon avec une hystérectomie sub-totale.

Dans certains cas, nous estimons d'ailleurs que l'hystérectomie totale est plus facile que la sub-totale.

En effet, dans les fibromes inclus ou enclavés du petit bassin, dans certaines lésions avec adhérences nombreuses l'ouverture du vagin, après avoir abordé le côté le plus facile, permet d'avoir un repère *précis*, d'exercer une traction sur le col et de se mettre à l'abri de bien des gestes aveugles.

2° - *Allongement de la durée de l'intervention.*

Malgré la vérité de cette objection, lorsque l'insertion vaginale et le conjonctif entourant l'artère utérine sont souples, que par conséquent l'utérus « monte bien » en se laissant séparer des formations avoisinantes, on fait, comme l'écrit J. MAGENDIE de Bordeaux, « une totale sans s'en apercevoir, comme si l'on exécutait une sub-totale ».

Au contraire de ces cas favorables, il est certain que l'hystérectomie totale est de durée plus longue qu'une intervention laissant en place le col ; mais cet inconvénient a perdu de son impériosité avec les progrès de l'anesthésie en circuit fermé, la réanimation per-opératoire.

B. - Danger d'hémorragie de la tranche vaginale.

Certains chirurgiens reprochent à l'hystérectomie totale, à la fois le suintement sanguin per-opératoire de la tranche vaginale et les risques d'hémorragie par le vagin ou d'hématome sous-péritonéal, dans les suites opératoires immédiates. C'est là affaire de technique et quelques petites précautions permettent d'y remédier sans difficulté.

Il est nécessaire de bien placer les pinces latérales au col, le plus bas possible, pour être certain de prendre dans les mors de la pince, à la fois l'épanouissement du bouquet cervico-vaginal venant de l'utérine et la vaginale longue.

Si la pince a été placée correctement, la tranche est à peu près exsangue, il n'y a aucune hémorragie pendant l'intervention. Un risque plus réel est celui de l'hémorragie post-opératoire, par une artériole de la tranche vaginale.

Nous n'avons trouvé aucun cas dans nos observations car il faut prendre soin de faire deux plans de suture sur le vagin : un plan purement muqueux, non éversant, bord à bord, et un plan musculaire qui enfouit les fibres lisses et les éléments du ligament coronaire et protège à la fois, contre le suintement sanguin et contre la contamination du tissu cellulaire sous-péritonéal par une muqueuse vaginale infectée.

C. - Danger d'infection.

C'est dans le plaidoyer de l'hystérectomie totale un argument important ; il faut évidemment redouter l'infection et pour cela, comme le dit Bisch, « procéder autant que possible en vase clos ».

L'avantage de l'hystérectomie totale, écrit à ce sujet J. Magendie, est précisément « de pouvoir réaliser cette condition jusqu'au moment de l'ouverture du vagin ». Lors de cette ouverture, il y a un temps septique auquel il faut penser et qui doit faire redoubler d'attention. Cependant, il demeure facile de se mettre à l'abri de ce danger comme le signale d'ailleurs Quenu, qui « vient plus souvent du vagin lui-même que de la cavité utérine infectée ». On a beaucoup insisté sur le fait qu'en cours d'intervention, l'ouverture du canal cervical, septique dans la moitié des cas, comme l'a montré Fossati, risque de provoquer une infection dans le champ opératoire.

Mais, de toutes façons, deux faits sont certains :

— Le vagin peut se désinfecter ; le col et le canal cervical pas.
— Le vagin peut se drainer ; le col reste ouvert vers le haut, ce qui peut être à l'origine d'abcès intra-isthmiques et d'infections sous-péritonéales.

Le temps vaginal étant considéré, par la plupart des auteurs, comme particulièrement septique, le drainage, par le vagin du tissu cellulaire sous-péritonéal était la règle, non seulement pour évacuer les suppurations possibles, mais aussi les hématomes sous-péritonéaux considérés comme très fréquents dans la totale.

Cette nécessité devenait alors une sujétion compliquant l'intervention et diminuant, pour le malade, le « confort » opératoire.

En fait, le risque de contamination du tissu sous-péritonéal par la cicatrice vaginale septique n'existe pas si l'on a la précaution de fermer en deux plans l'ouverture du vagin, en enfouissant la suture muqueuse.

Dans les 100 observations que nous rapportons, qu'il y ait eu drainage ou pas, antibiotiques locaux ou pas, cela ne change pas grand chose ; les suites opératoires sont aussi simples, sans incidents notables. Tout au plus parfois quelques pertes vaginales au 7e ou au 8e jour, qui marquent le déclin d'un petit clocher thermique et dues vraisemblablement à un petit hématome sur la suture muqueuse.

D. - Troubles de la statique pelvienne.

L'un des grands reproches que l'on a pu faire et que l'on fait encore à l'hystérectomie totale c'est d'être génératrice d'un plus grand nombre de prolapsus que l'hystérectomie sub-totale.

On a beaucoup discuté de cette question toujours d'actualité et il semble qu'après bien des remaniements, on soit arrivé à des constatations toutes différentes qui bouleversent les anciennes croyances.

Dire que l'hystérectomie totale était responsable de nombreux prolpsus semblait une affirmation banale, mais pas tellement cependant puisque l'on tend aujourd'hui à porter cette accusation sur l'hystérectomie sub-totale.

Les statistiques le prouvent et Gourvès, dans sa thèse (1954), en expose longuement les raisons. L'étude de la « descente » de l'utérus nous apprend que pour que cette dernière soit possible, certains facteurs doivent jouer. L'action de la pesanteur dans la formation de tels prolapsus est négligeable. La poussée abdominale a un tout autre rôle, d'autant plus qu'elle augmente d'intensité avec l'importance du poids des viscères, des efforts.

La position de l'utérus, en anté-version, augmente la surface sur laquelle se produit cette pression et tend à limiter le déplacement utérin en dispersant les forces. La paroi antérieure du vagin est refoulée en arrière et se rapproche de la postérieure, ce qui diminue de beaucoup la lumière de ce canal et Gourvès ajoute : « cette anté-version jointe à la non concordance des axes « corps-col-vagin, fait que la direction du déplacement ne coïncide « pas avec la voie naturelle du prolapsus, à savoir la filière « génitale. »

Ceci étant rappelé, voyons maintenant comment peut se produire un prolapsus après une hystérectomie totale et une hystérectomie sub-totale. Une remarque s'impose aussitôt : nous considèrerons dans cette étude le plancher pelvien comme normal, non déficient, afin d'éliminer des prolpsus dont l'hystérectomie ne serait pas la véritable cause.

Au cours d'une hystérectomie sub-totale le chirurgien sectionne les ligaments ronds, effondre les ligaments larges, et le col qui repose toujours sur les releveurs est encore maintenu en place par les ligaments utéro-sacrés, la partie toute inférieure du ligament large, les lames sacro-recto-génito-pubiennes de Delbet.

Pourquoi, alors, ce col restant qui se trouve encore si bien amarré aurait-il tendance à se prolaber ? L'explication nous en est encore donnée par Gourvès. Au cours de la poussée abdominale, l'ablation du corps utérin ne permettra plus la dispersion des forces ; le col représente dans ce cas l'organe le plus haut situé dans le petit bassin et c'est donc sur lui que la poussée abdominale agira et d'une façon plus directe.

Sa situation au haut du vagin sera à l'origine de son glissement dans le canal vaginal. « On voit donc jusqu'à présent que

l'axe de la force et de la voie de déplacement coïncident pleinement. De plus, ce col, masse petite, mobile, manquera d'une base assez large pour s'appuyer solidement, et ce, d'autant plus qu'on laissera en place un moignon de col plus petit ».

On peut donc conclure, comme l'écrit Ph. Detrié dans la *Presse Médicale*, que l'hystérectomie sub-totale est la preuve que le corps utérin en anté-version suspend plus le col que le col ne soutient le corps.

Après une hystérectomie totale, au contraire, le dôme vaginal se trouve privé des ligaments larges, des ligaments ronds, mais en plus d'une grande partie des ligaments utéro-sacrés.

Seules, quelques expansions tendineuses vagino-pelviennes demeurent accrochées au dôme. Le vagin paraît donc suspendu d'une façon bien précaire et l'on pourrait penser à une possibilité plus grande de prolapsus, dans ce cas. Pourtant il n'en est rien et ceci pour de multiples raisons :

— Son obliquité en avant,
— L'accollement de ses parois,
— La petite surface du dôme sont autant de facteurs qui luttent contre la formation de tels prolapsus.

Ajoutons à cela que l'absence du col ne permet plus l'entraînement et que la cicatrice fibreuse résultant de la suture des tranches vaginales joue un rôle important dans le maintien en haut du dôme ; on comprendra facilement alors que le prolapsus puisse se voir plus fréquemment après une hystérectomie sub-totale qu'après une hystérectomie totale comme on l'a cru longtemps.

Les statistiques prouveront d'ailleurs mieux que tout argument l'affirmation de tels faits.

Gourvès est parvenu à un total de 15 509 hystérectomies grevées de 164 prolapsus, soit : 1,05 %. On est donc moins pessimiste, comme il le dit lui-même, que Diamant-Berger qui donne 4 % et on se rapproche de Phaneuf qui donne 0,7 %.

Sur 4.799 hystérectomie sub-totales, il y a eu 29 prolapsus, soit 0,56 %.
Sur 3.561 hystérectomies totales, il y a eu 1 proplapsus, soit 0,028 %.
Sur 1.266 hystérectomies vaginales, il y a eu 90 prolapsus, soit 7,1 %.

A la lumière de ces chiffres, on constate que l'hystérectomie vaginale est la grande pourvoyeuse de prolapsus, que l'hystérectomie sub-totale vient ensuite, quoique très loin après et que l'hystérectomie totale ne peut vraiment être mise en cause dans l'apparition de telles complications.

Et Gourvès conclut : « Apparemment contre toute attente, c'est l'hystérectomie totale qui offre le plus de sécurité ; par suite, nous sommes obligés d'admettre à ce point de vue la supériorité de l'hystérectomie totale en accord avec des auteurs tels que Hamilton, Bickel, Mac Kinnon et Conseller. Cependant, bien que ces chiffres soient déjà faibles, il semble que l'on puisse encore les améliorer, car certaines causes favorisantes de ces mécanismes pathogéniques ont été invoquées. Tout d'abord, la mauvaise suspension du col au dôme vaginal jouerait un rôle ; Amrech accuse l'insuffisance de longueur du vagin. Vient ensuite la profondeur inhabituelle du Douglas.

D'autres facteurs paraissent déterminants et notamment les modifications du plan releveur, une intervention chirurgicale comportant une pexie utérine à la paroi abdominale entraînant une béance du cul de sac de Douglas. Enfin, il faut toujours penser à une déficience périnéale possible chez une femme à passé obstétrical chargé, présentant de volumineuses tumeurs pelviennes ou ayant de mauvais tissus.

On voit donc que l'on peut envisager en quelque sorte la prophylaxie du prolapsus et diminuer de ce fait les risques de son apparition.

Terminons ce chapitre en disant que si la technique employée joue un rôle évident, la cicatrice vaginale s'oppose plus efficacement au prolapsus que le moignon cervical.

Dans nos statistiques, basées sur 100 hystérectomies effectuées dans le Service de notre Maître, le Professeur Agrégé Paul Bourret, nous ne retrouvons qu'un léger cystocèle avec pour seuls symptômes quelques troubles urinaires après une hystérectomie totale pratiquée chez une femme de 50 ans, en février 1953, pour métro-salpingite (*Obs. n°* 60).

E. - Mortalité plus grande. - Suites opératoires plus complexes.

En somme, ces deux éléments sont liés et le premier est le reflet du deuxième.

Les non-partisans de l'hystérectomie totale ont attribué, en effet, à celle-ci la responsabilité d'une mortalité plus grande (de Bovis).

Cette mortalité, comme nous l'avons dit précédemment, peut être immédiate et due alors, le plus souvent, au choc opératoire du fait de la longueur de l'intervention.

Actuellement, si cette mortalité se voit encore, elle tend à diminuer de fréquence, les soins pré et per-opératoires, l'anesthésie en circuit-fermé étant une arme de choix au service de la chirurgie.

Masson, en 1927, insista sur l'importance de la durée de l'opération ; il considérait qu'une opération qui dure plus d'une heure est en elle-même, dans une certaine mesure, provocatrice de choc, même si le malade est bien préparé. Sur 217 hystérectomies subtotales et 219 hystérectomies totales, il rapporte des taux de mortalité respectifs de 1,8 % et 1,3 %.

Siddall et Mack, en 1935, ont publié une étude intéressante sur la diminution du taux de mortalité dans l'hystérectomie totale à l'Hôpital Hayer, pendant une période de 5 ans (1928-1932), mettant l'accent en même temps sur la grande importance de la technique et de l'expérience.

Dans les mains de chirurgiens expérimentés, le taux de mortalité pour l'hystérectomie sub-totale était de 0,7 %, pour l'hystérectomie totale de 4,3 %, alors que des chirurgiens moins expérimentés avaient des taux respectifs de 4,8 % et 11,9 %.

Dans les observations de Weir, en 1941, on note que les complications post-opératoires, à savoir : infection de la plaie, péritonite, pneumonie et hémorragie étaient quelque peu plus fréquentes après une amputation sub-totale qu'après une amputation totale, alors que les fistules et les lésions de l'uretère et de la vessie étaient plus communes après une amputation totale.

Pour les hystérectomies sub-totales, le taux de morbidité était plus faible, alors que celui de mortalité était nettement plus faible pour les hystérectomies totales : (0,77 % contre 2,30 % pour l'hystérectomie sub-totale).

Phillips, en 1945, publiait également une statistique avec 896 hystérectomies dont 643 totales et 253 sub-totales. Le taux de morbidité après hystérectomies totales était de 29 % et de 31 % après hystérectomies sub-totales. Les principales complications étaient les phlébites, les infections des voies urinaires, les infections de la plaie, les péritonites, les hémorragies. Pas de mort pour les hystérectomies sub-totales, 3 pour les hystérectomies totales (soit 0,46 %).

Gaston, dans une étude approfondie, considère comme facteurs importants l'expérience du gynécologue qui opère et aussi le nombre d'opérations qu'il effectue chaque année ; pour lui, un chirurgien qui n'effectue pas plus de deux hystérectomies par mois devrait se contenter du procédé sub-total.

Le nombre d'hystérectomies totales a constamment augmenté depuis 1928, tandis que le risque que comportait cette opération a diminué.

Masson, en 1947, compare les chiffres de mortalité à la clinique Mayo, pendant la période 1939-35 : aucune malade ne fut perdue parmi les 284 ayant subi l'hystérectomie totale.

Dans les observations de Phaneuf (1948) portant sur 213 cas, 86, 7 %, furent des hystérectomies totales ; il y eut 3 morts, dont une seule après hystérectomie totale.

Phaneuf recommande l'hystérectomie totale comme opération de routine pour l'ablation de l'utérus, réservant l'opération sub-totale à des indications particulières, et Weir, dans une article ultérieur, se révèle encore plus favorable à l'hystérectomie totale

L'étude la plus récente concernant ce problème est celle d'Aldridge (1950). Ses observations comprennent 500 cas d'hystérectomies totales ; celles-ci étaient compliquées d'infection des voies urinaires, des voies respiratoires supérieures, du plancher pelvien, d'infection de la plaie et de troubles vasculaires. Il eut deux décès donnant un taux de mortalité de 0,4 %.

Nous nous excusons de citer tant de chiffres ; nous les avons relevés dans une publication scandinave de Vara-Paavo ; ils ont paru avoir une certaine valeur et nous n'hésitons pas à les transcrire.

Vara-Paavo, à son tour, donne en 1950 sous le titre « Hystérectomie totale contre hystérectomie sub-totale », les résultats de ses observations personnelles. Son étude a porté sur 2.217 hystérectomies effectuées à la Seconde Clinique pour femmes de l'Université d'Helsinki. Il ressort de ce travail que les infections de la plaie, à des degrés variables, constituent le groupe le plus important et que ces complications sont nettement plus fréquentes après hystérectomie totale qu'après hystérectomie sub-totale.

Au point de vue de la mortalité, il note un pourcentage de 1,11 % pour l'hystérectomie sub-totale et de 3,54 % pour l'hystérectomie totale.

Une étude des causes de décès fait apparaître que les troubles cardio-vasculaires sont les plus communes ; les morts par cardiopathie s'élèvent à 0,67 % ; par embolie, à 0,37 % ; par occlusion, à 0,13 % ; par péritonite, à 0,18 % ; par pneumonie, à 0,1 %.

Des études comparatives ont montré que les taux de morbidité et de mortalité par hystérectomies sont tombés brusquement, cette chute étant plus nette pour les hystérectomies totales.

Le taux de mortalité pour ces dernières est même tombé au-dessous de celui pour hystérectomie sub-totale (Gosset et Funck-Brentano : 0,33 % contre 2,7 %). Il en est résulté qu'au cours de ces dernières années, le pourcentage d'hystérectomies totales a atteint 80, voire 100 %.

D'autres statistiques très récentes prouvent encore la faible mortalité qu'entraîne l'hystérectomie totale et le peu de gravité particulière qu'elle présente entre des mains exercées (Labey).

Davéo et Rolland, de Nice, ont publié en 1954 un travail dans lequel on peut voir que sur 80 cas, ils n'ont eu que deux morts, soit 2,5 %.

Nous-même, dans le Service du Professeur Agrégé Paul Bourret, sur 100 hystérectomies, n'avons noté qu'une mort par urémie survenue 5 jours après l'intervention ; cette femme âgée de 45 ans avait subi une hystérectomie totale pour fibrome multinodulaire (*Obs. n°* 39). Nous aurions donc obtenu un taux de mortalité de 1 %. Il va sans dire que dans toutes ces observations, les hystérectomies élargies pour tumeurs malignes de l'utérus : Wertheim et lymphadénectomies, ont été éliminées, celles-ci ne pouvant, vu leur gravité et la nécessité d'exérèse élargie, entrer dans ces statistiques.

Pour ce qui est de la morbidité, nous n'avons pu noter comme complications secondaires que deux phlébites après hystérectomie totale. Les complications mineures tardives, telles que bouffées de chaleur, pertes vaginales, se retrouvent en proportions à peu près égales dans les deux types d'hystérectomies. Ces quelques accidents post-opératoires qui sont survenus, reconnaissons-le, après une amputation totale de l'utérus, ne sont cependant pas suffisamment graves pour nous faire regretter la simple sub-totale que l'on aurait pu pratiquer. Et encore, les aurait-on évités à coup sûr ? C'est loin d'être prouvé.

Si là ont été les seuls griefs, avouons que l'hystérectomie totale n'est pas tellement plus dangereuse que la sub-totale et que si, en plus, elle élimine d'emblée la redoutable complication que nous étudierons bientôt, elle peut bien être proclamée l'intervention de choix, l'intervention de routine que doit pratiquer le chirurgien.

II. - AVANTAGES DE L'HYSTERECTOMIE TOTALE

A. - Elle permet d'assurer un drainage vaginal dans les interventions septiques.

Nous avons dit précédemment que la plupart des auteurs préconisaient d'emblée un drainage vaginal et que ceci s'avérait faux. Encore faut-il être d'accord sur l'affection pour laquelle on pratique l'hystérectomie. Si, pour des lésions aseptiques on a pratiqué une hystérectomie totale, sans histoire, avec hémostase parfaite des tranches de section, on a pu et on peut encore terminer sans drainage puisque, par hypothèse, le voile péritonéal a pu être étendu au fond du pelvis.

Il est, au contraire, des cas où le drainage est obligatoire ; c'est ici une condition nécessaire à une évolution favorable et qui doit être mise en application pour toutes les lésions septiques, telles les annexites, et au cours desquelles la péritonisation du fond du pelvis n'a pu être complète et suffisante. Il faut alors drainer et, dans une hystérectomie totale le chirurgien peut utiliser le vagin comme voie naturelle de drainage de la cavité péritonéale. Ce drainage a l'avantage d'être très déclive et différentes techniques ont été préconisées pour le réaliser. Les grandes lignes en sont les suivantes :

— Suturer de chaque côté les deux feuillets des ligaments larges, afin d'assurer l'isolement des espaces celluleux de leur base, l'enfouissement des moignons musculaires et la protection des uretères et de la vessie.

Le vagin, laissé béant à sa partie supérieure, sera mis en continuité avec la cavité péritonéale ; pour cela, il suffira de suturer la lèvre antérieure de la section vaginale au péritoine vésical, la lèvre postérieure au péritoine pelvien correspondant. Ce procédé peut être réalisé, comme le dit Quenu, « par un surjet à points passés qui réalise en même temps l'hémostase des tranches vaginales ».

Dans ce cas, on conçoit aisément que le drainage puisse se faire tout naturellement par le vagin.

Beaucoup d'auteurs, dont Quenu, préfèrent cependant adjoindre à ce drainage naturel un drain ou des mèches, dont l'une des extrémités est placée au niveau de la section vaginale, la seconde se perdant alors en plein canal.

Enfin, recouvrant ce système de drainage, seront disposés le méso-colon pelvien et le grand épiploon.

Mais à côté de ces cas, où l'hystérectomie totale a été pratiquée pour lésions septiques, il faut étudier les cas où l'hystérec-

tomie totale a été suivie de cloisonnement colo-vaginal. Ici, quelle que soit la nature des lésions causales, le « drainage vaginal de l'espace pelvien isolé au-dessous du cloisonnement est obligatoire ». On drainera alors, comme le recommande QUENU, en plus de la cavité péritonéale, les espaces sous-péritonéaux.

Le drainage vaginal paraît donc un moyen très intéressant que met à la disposition des chirurgiens l'hystérectomie totale ; son avantage est incontestable et puisqu'elle ne compromet pas la solidité de la paroi abdominale, il est facile de comprendre que bien des auteurs en ont fait un argument de valeur en faveur de cette intervention.

Signalons cependant que dans certains cas rares, il est vrai, où l'on note des lésions très septiques peu ou pas refroidies, un danger d'infection per-opératoire, ce drainage peut se révéler insuffisant et la mise en place d'un tube abdominal est alors une précaution utile à prendre.

Mais il devient exceptionnel d'avoir à placer un Mickulicz et l'on évite ainsi les adhérences que laisse ce mode de drainage et qui sont un important facteur d'occlusion. Le drainage vaginal associé à un drainage de caoutchouc abdominal par lequel on peut instiller des antibiotiques est suffisant dans l'immense majorité des cas.

Mais en dehors de ces cas graves, avec abcès pelvien ou lésions inflammatoires très accentuées, il existe un grand nombre de cas où il y aurait intérêt à drainer le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit que les lésions présentent un certain degré de septicité, soit pour éviter la constitution d'un hématome. Or, dans l'hystérectomie sub-totale, si l'on veut pratiquer ce drainage, cela nécessite le drainage abdominal avec toutes ses conséquences comme facteur d'adhérences et d'éventrations. Au contraire, dans l'hystérectomie totale, ce drainage est d'une grande facilité, avantageusement idéal, sans aucune conséquence péritonéo-pariétale. Il suffit de placer un drain dépassant de 1 cm. la suture de la tranche vaginale et recouvert ensuite par le péritoine après l'avoir fixé au bord de la tranche vaginale. Ce drain tombe de lui-même au bout de 6 à 8 jours.

B. - Elle évite la continuation ou l'apparition de métrites du col.

Les cervicites sont fréquentes et, qu'elles soient d'origine gonococcique, tuberculeuse ou autre, elles réalisent souvent une inflammation importante de la muqueuse du col. Il est certain que bien des cervicites sont antérieures à l'intervention et un examen approfondi comportant au moins un toucher vaginal soigneux, un examen au spéculum, et le cas échéant une biopsie,

devrait précéder toute intervention sur l'utérus et *a fortiori* toutes les hystérectomies sub-totales.

C'est là un fait qui semble banal mais qui, avouons-le, n'est pas toujours respecté. Et combien de femmes qui avaient parmi leurs symptômes, en plus de ceux ayant nécessité une hystérectomie, des pertes jaunâtres ou verdâtres, visqueuses, parfois sanguinolentes, des douleurs hypogastriques accentuées par la fatigue, la marche ou provoquées par le coït ou un toucher vaginal, tous signes d'une cervicite importante, ont eu l'impression d'un échec de la chirurgie. Ces femmes ont dû subir longtemps encore des soins que nécessitaient ces infections du col. Peut-on assurer qu'elles préfèrent avoir conservé leur col au prix de tels ennuis et parfois de telles souffrances ?

Il est difficile de l'admettre : en tous cas elles payent trop souvent bien cher la conservation de ce moignon utérin.

Ceci correspond à ce qu'écrivait J. Dor en 1936 : « Sur l'état « antérieur du col, on devrait savoir davantage, mais pratique- « ment on ne sait pas grand chose ».

Alors, à quoi bon s'exposer à laisser évoluer de telles cervivites qui créent par la suite les pires ennuis. Toutefois, si les infections du col préexistantes sont nombreuses, il faut réserver une place importante à celle survenant après l'intervention ; de nombreuses hypothèses tendent à expliquer ces atteintes, non rares, de la muqueuse cervicale après une hystérectomie sub-totale. Ces hypothèses ont toutes une certaine importance, mais aucune ne permet d'élucider clairement le problème ; nous n'en parlerons pas pour l'instant, devant les exposer longuement au cours de l'étude des cancers du col restant.

Un fait est certain : la cervicite secondaire existe et l'hystérectomie sub-totale en est probablement, directement ou indirectement responsable.

Faut-il passer outre ou mettre au contraire tout en œuvre pour en préserver la malade à tout jamais ? Et quel moyen plus sûr en ce cas que l'hystérectomie totale ?

Des auteurs traitent les lésions inflammatoires préexistantes par des pansements, des cautérisations, l'électrocoagulation mais préfèrent laisser en place ce col malade, prenant en plus de ce fait le risque d'une dégénérescence maligne.

D'autres, nous le savons, pensent à la possibilité de ces cervicites et comme pour le cancer du col restant, pratiquent lors de l'intervention la destruction de la muqueuse endo-cervicale ou un évidement systématique.

Nous avons observé un cas de métrite du col restant chez une femme âgée de 44 ans ayant subi une hystérectomie sub-totale pour fibrome en 1951.

Nous pourrions également signaler dans cette étude un cas de polype du col restant enlevé un an après avoir pratiqué une hystérectomie sub-totale pour fibrome en 1951, chez une femme de 47 ans.

Pendant cette même série de 100 totales, il a été pratiqué deux ablations de col restant pour lésions rebelles à toute thérapeutique.

Ne sommes-nous pas un peu responsable de ces complications secondaires qu'une intervention un peu plus large et pas tellement plus dangereuce aurait à coup sûr éliminées ?

C. - Elle prévient enfin et surtout la cancérisation du moignon cervical du col restant.

Cette question est capitale ; elle est, nous l'avons déjà dit, à la base de toutes ces discussions. C'est en effet, lors de la constatation du premier cancer du col restant à la fin du XIX^e^ siècle, que l'attention fut attirée sur le danger que courait une femme ayant subi auparavant une hystérectomie sub-totale. Nous ne reviendrons pas sur l'historique de cette étude, celle-ci se confondant avec celle de notre travail et ayant, de ce fait, déjà été relevée.

Les publications, les thèses traitant de ce sujet s'amoncellent et cette redoutable éventualité semble prendre plus d'importance aujourd'hui. Sur elle seule cependant ne peut et ne doit pas être basé le choix du procédé d'hystérectomie et POLLOSON écrivait : « La discussion entre totalistes et sub-totalistes basée sur la cancérisation du moignon nous paraît actuellement sans issue. Les arguments pour l'une ou l'autre de ces opérations sont d'un autre ordre et le cancer du moignon ne pèse que pour une part minime en faveur de l'une d'elles ». C'est pourquoi nous avons préféré réserver pour la fin ce chapitre, après avoir mis en lumière d'autres arguments d'une importance non négligeable et qui, selon nous, peuvent et doivent orienter déjà le chirurgien.

Une première remarque s'impose d'emblée : parmi les cancers du col restant, il faut en réalité considérer deux catégories déterminées non pas sur leurs caractéristiques cliniques ou anatomo-pathologiques mais sur leur évolution dans le temps ; ce qui compte ici, c'est avant tout de connaître la date d'apparition de tels accidents et être sûr qu'il s'agit bien d'un cancer évoluant secondairement et non d'un cancer qui existait déjà.

C'est pour cela qu'on a distingué les deux classes suivantes :

— Les cancers du col restant suivant à bref délai l'hystérectomie sub-totale ;

— Les cancers du col restant se produisant plus ou moins tardivement, un an au moins après l'intervention.

Dans le premier cas, le cancer se développe trop tôt pour qu'on ne puisse penser à son existence antérieure.

Ce cancer pouvait exister à l'état latent au moment de l'hystérectomie. Muet véritablement ou donnant des signes trompeurs de cervicite, par exemple, ces épithéliomas justifiaient largement une hystérectomie totale d'emblée si les investigations nécessaires avaient été pratiquées.

La lésion causale ayant nécessité l'hystérectomie joue un rôle important dans les erreurs que l'on peut faire sur l'état du col : le fibrome semble devoir être compris dans ces lésions douteuses et comme le préconisait J. Dor, il ne faudrait jamais être ignorant de l'état du col, ce qui est trop souvent le cas.

Aubert, d'ailleurs, avait déjà décrit le véritable moyen prophylactique, c'est-à-dire : « l'examen complet exo et endocavitaire du col de la future hystérectomisée ». L'examen « pré-opératoire a une importance capitale », disait-il.

Et Sénèque résumait bien cette manière de voir quand il écrivait : « il ne faut pas considérer comme un fibrome banal ce qui est en réalité un cancer du col. Il faut inspecter très soigneusement le col de ses futures opérées de fibrome et de salpingite et ne pas se montrer avare de biopsie. Ce que nous pouvons et devons faire disparaître, c'est le cancer restant ».

Le cytodiagnostic du cancer par la méthode de Papanicolaou met à notre disposition un mode précieux d'investigation.

Et pourtant ces cancers précoces sont fréquents : R. Monod, en 1930, pouvait dire qu'ils représentaient un tiers des cas observés.

Nous emprunterons à Forgue une statistique dans laquelle on apprend que Herber Spencer note 4 cas de cancers cervicaux latents sur 200 hystérectomies totales pour fibrome ;

Noble note 2 cas de cancers cervicaux latents sur 100 hystérectomies totales pour fibrome ;

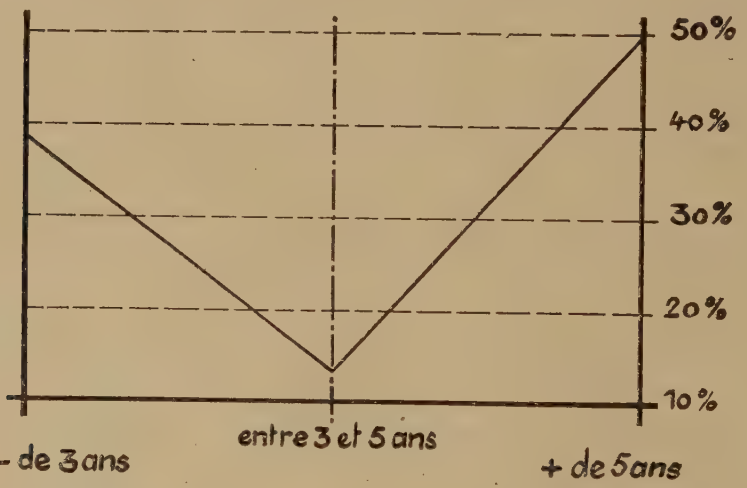
Schottelaender en note 12 pour 600 hystérectomies totales pratiquées pour les mêmes lésions, donc une proportion de 2 % de cancers restants qui seraient passés inaperçus sans une ablation totale pour fibrome.

Nous ne pouvons donner de statistiques récentes relatives à ces cancers précoces, celles-ci étant rares.

Ces cancers sont beaucoup moins étudiés que les seconds, qui représentent d'ailleurs les seuls vrais que l'on puisse imputer à l'hystérectomie totale.

Quoiqu'il en soit, si peu fréquents qu'ils puissent être, on s'aperçoit que les cancers précoces existent réellement ; qu'il s'agisse d'une erreur de diagnostic, d'une négligence coupable ou d'une ignorance totale de leur présence, ils n'en sont pas moins décelés par la suite et conduisent une fois de plus la malade au chirurgien. Et pourtant, quelles difficultés alors et certainement quel regret de n'avoir à temps transformé en hystérectomie totale la sub-totale que l'on s'était fixée. Combien le chirurgien aurait préféré affronter les soi-disants dangers d'une amputation totale initiale plutôt que d'avoir maintenant à intervenir sur un moignon malade ayant souvent déjà fait sentir à distance les effets de sa néfaste présence.

A côté de ces cancers primitifs, il faut placer le second groupe de cancers, cancers dits secondaires, c'est-à-dire d'épithéliomas dont l'apparition paraît vraiment postérieure à l'intervention initiale. Le col, ici, aurait été normal primitivement et l'hystérectomie sub-totale paraissait jusqu'alors pleinement justifiée. Ce sont ces cancers avec « intervalle sain », comme les appelle FORGUE, qui présentent le plus d'intérêt dans cette étude, sur les cancers



du col restant. Ils sont aussi les plus nombreux : 2/3 des cas. Sur eux porte la majeure partie des documents traitant de cette complication redoutable sur laquelle il y eut tant de débâts passionnés. Cet intervalle sain peut être très variable et peut être de

l'ordre de 25 ans et au delà après l'intervention ; il s'agit, dans ce cas, de cancers du col restant à « développement très tardif ». Chosson, en 1933, a publié 2 cas de tels cancers développés l'un 25 ans, l'autre 17 ans après l'hystérectomie primitive. Mais, généralement, ils se manifestent plus rapidement et Herold, dans une étude, a tracé une courbe de fréquence de ces cancers par rapport aux époques d'apparition après l'intervention. Cette courbe est présentée de façon telle qu'il apparaît, pour la période comprise entre la troisième et la cinquième années, une fréquence très abaissée. On observe par la suite une recrudescence marquée, ce qui confirmerait l'idée que l'âge avancé favoriserait la dégénérescence maligne comme l'a signalé du reste Winter. Les frères Mayo ont également publié un travail intéressant dans lequel il est dit que la fréquence atteint plus de 50 % des cas au cours des trois premières années.

Il est d'ailleurs difficile de fixer réellement le nombre de ces cancers : trop de femmes ne reviennent pas au contrôle ultérieur, d'autres s'adressent ailleurs, d'autres ne répondent pas aux questionnaires qu'elles reçoivent parfois. Tous ces chiffres ne sont donc qu'approximatifs et il est vraiment difficile d'en donner de plus exacts. Quant à nous, malgré que l'on fasse de la cancérisation du col restant un argument important contre la sub-totale, nous n'avons pas signalé pour l'instant cette complication.

Pour de nombreux auteurs, l'hystérectomie sub-totale serait à la base de cette dégénérescence maligne qui, selon eux, ne serait probablement pas survenue sans cette intervention. Nous devons à Collin, qui écrivit en 1940 dans sa thèse sur le cancer du col restant une étude minutieuse du problème ; cette thèse nous apporte une analyse détaillée et c'est à lui que nous emprunterons l'étude pathogénique que nous reproduisons ci-dessous. L'explication de la cancérisation du moignon n'est qu'hypothèse : — « Le col restant après hystérectomie sub-totale s'infecte facilement et par là prédispose au cancer » (Vayssière).

— « L'hystérectomie est cause de perturbations vasculaires, nerveuses, vaso-motrices, qui modifient les conditions de vie du moignon et créent une prédisposition » (S. Laborde).

a) Il y aurait après l'intervention une hypersécrétion glandulaire (Mériel).

b) Le col est mal nourri et serait un point de moindre résistance qui appellerait le cancer (Vayssière).

c) Le col, par l'opération devient un tissu cicatriciel et le cancer du col restant serait un cancer des cicatrices » (Lumière, Rouchier, Walther).

— « L'hystérectomie peut être un traumatisme favorisant dans un tissu inflammatoire » (Violet),

— « elle peut donner un coup de fouet aux lésions cancéreuses, déjà existantes (Cagey).

D'autres hypothèses tendent à considérer le cancer du col restant comme une coïncidence (S. Laborde).

D'autres encore veulent faire jouer un rôle à la cervicite chronique érosive qui pourrait aboutir à des dégénérescences malignes.

De plus, la nature de l'infection ayant nécessité l'intervention peut jouer, dans l'apparition de ces néo-formations. Le fibrome paraît être la lésion la plus dangereuse à ce point de vue ; mais, comme le fait remarquer justement Collin, le fibrome est le plus fréquent et l'on pratique pour lui beaucoup d'hystérectomies subtotales.

Enfin celui-ci survient, en général, à partir d'un certain âge, plus près du cancer.

Les statistiques sont pourtant intéressantes ; elles tendent pour la plupart à démontrer l'extrême fréquence du cancer du col après hystérectomie sub-totale pour fibrome. Collin cite 3 observations du cancer du col, développé précisément après sub-totale pour fibrome.

A côté de cette fréquence relative du fibrome, il faut noter également la proportion très grande de salpingites, comme lésion initiale.

Bonnal, en 1931, ayant étudié longuement le problème cite de nombreuses observations de cancer du col après hystérectomies sub-totales ; parmi les chiffres qu'il nous donne, il est intéressant de noter que sur 22 cancers traités en 3 ans au Centre Anticancéreux de Marseille, l'hystérectomie sub-totale avait été pratiquée 5 fois pour salpingites et 7 fois pour fibromes ; et même quelques-unes de ces observations ne renseignent pas sur la lésion causale et ne devraient donc pas entrer en ligne de compte. Ne soyons pas si stricts, le chiffre de 22 est déjà bien considérable et n'avait pas manqué de susciter à l'époque de sérieuses discussions. De ceci, retenons seulement que l'infection du col dans la dégénérescence secondaire de celui-ci joue un rôle important.

On voit aussi que « le fibrome ne jouerait pas malgré tout le rôle capital que beaucoup lui attribuent », et que le facteur âge paraît intervenir réellement.

Dans ces conditions et en étudiant les hypothèses déjà citées, on peut d'une manière générale, semble-t-il, se mettre à l'abri de ce redoutable danger. Une seule remarque peut être toutefois émise : dans l'une des hypothèses, il est dit que de ce fait le cancer du col peut être considéré comme un simple cancer des cicatrices. Certains auteurs ont relevé cet argument qu'ils ont

utilisé ensuite, en faveur de la sub-totale ; si ce cancer est cicatriciel, il peut survenir partout sur les cicatrices et point ne serait alors utile de s'en préoccuper davantage. Si là seulement est la crainte des chirurgiens, disent-ils, qu'ils n'aillent pas plus loin et qu'ils se contentent de la bonne et plus bénigne sub-totale ; leurs malades ne courent pas plus de risques de présenter un cancer à ce niveau qu'à celui de toute autre cicatrice.

Ceci est tellement vrai que ces mêmes auteurs ont voulu insister sur les cancers sur cicatrices vaginales. Puisque le cancer peut se développer n'importe où sur les cicatrices, à quoi bon servirait de conserver le col si la malade fera peut-être alors un cancer du vagin ? Avouons que c'est là pousser un peu loin le problème. Le cancer développé sur cicatrice vaginale après hystérectomie totale existe, c'est un fait, et M. le Professeur Moiroud, en 1937, signalait une forme de cancer se développant dans le fond du vagin, « forme liminaire de Pozzi que, malgré sa rareté, disait-il, on ne peut passer sous silence ». Cependant il est tout à fait exceptionnel et rares sont les statistiques et les publications les concernant. Peut-on réellement, dans ce cas, le comparer au point de vue fréquence au cancer du col restant et faut-il donc admettre que dans le choix du procédé d'hystérectomie on doive en tenir compte et se contenter d'une sub-totale parce que la totale elle-même ne préserve pas du cancer des cicatrices ? Ceci est vraiment exagéré et une évidence demeure : les cancers du col restant se rencontrent en clinique, les cancers sur cicatrice vaginale sont au contraire d'une extrême rareté.

Il est certain que d'autres facteurs que le tissu cicatriciel jouent et il semble que le cancer se développe presque uniquement sur le col, celui-ci ayant subi incontestablement de graves perturbations depuis l'hystérectomie sub-totale.

Laissons donc dans l'ombre ce cancer des cicatrices vaginales et mettons au contraire l'accent sur les cancers du col restant. Eux seuls parmi ces deux catégories comptent et contre eux, l'intervention radicale, c'est l'hystérectomie totale.

Bien des chiffres ont été donnés pour essayer d'avoir une idée précise sur la fréquence de telles complications. Ces chiffres, hélas diffèrent les uns des autres selon la date de leur publication, leurs auteurs et les pays : ils n'en conservent pas moins une valeur d'ensemble incontestable.

Forgue donnait une proportion moyenne de 1 % comme risque de cancérisation tardive. « Je suis convaincu que cette proportion est trop forte », disait Faure.

Laborde S., dans le Service du Professeur Roussy, sur un total de 379 cancers du col, note 11 cas développés auprès une hystérectomie sub-totale, ce qui fait à peu près 3,5 %.

Jeanneney donne pour le Centre Anticancéreux de Bordeaux un taux de 1 pour 200.

Karl Herold, en Allemagne, a donné une statistique générale d'où il ressort que sur 12.273 hystérectomies sub-totales, il avait constaté 80 cancers du col, soit une proportion de 0,65 %.

Bonnal, d'après sa statistique de 1936, cite des chiffres considérables. D'après ceux-ci, il concluait que sur 10 cancers du col, un était développé sur col restant. Cette proportion, supérieure à 10 %, laisse loin derrière elle la plupart des autres relevées partout ailleurs.

Collin, en 1940, a étudié aussi le nombre de cancers du col restant par rapport aux cancers du col ; il nous apprend que les Centres Anticancéreux Français ont donné 298 cancers du col restant pour 11.344 cancers du col, soit de 62 %, et Mocquot donne 4,5 %.

Collin considère ensuite le nombre des cancers du col restant après hystérectomies sub-totales : selon lui :

Pearse (de Boston) donne 1 %.

Lefebvre donne 0,5 %.

Ferrari donne 2 %.

Mais des travaux plus récents montrent que ces cancers seraient toutefois moins fréquents. On les retrouverait dans la proportion de 0,6 % pour Tixier, de 0,32 % pour Albrecht et de 0,39 % pour Frendricht, qui donne des résultats basés sur une statistique mondiale.

Quelques auteurs ont même étudié la fréquence de ces cancers par rapport à l'ovariectomie concomitante possible. Pour certains, dont Thaler, la cause se trouverait dans l'ablation simultanée des ovaires car, 4 fois sur 6 cas mentionnés par lui, les ovaires avaient été enlevés des deux côtés ; pour lui, cette castration à l'âge de pleine activité sexuelle favoriserait particulièrement la formation de ces cancers. Mais cette considération n'a pas tenu par la suite (Fleischmann, Isbruch, entr'autres). Dans trois cas observés par Herold on avait laissé une fois un seul ovaire ; pour les deux autres cas, les deux ovaires avaient été respectés. Mais il est difficile de définir la part que joue exactement l'ovaire dans la genèse de ces cancers d'autant plus que nous savons que même avec des ovaires en plein fonctionnement clinique un épithélioma peut se manifester (De Portio).

L'avis contraire à celui de Thaler était émis par Laborde et Roques, qui pensaient plutôt que l'ablation complète des ovaires avait un effet frénateur. Mais ces auteurs n'ont publié et vérifié que peu de cas, ce qui ne permet pas de généraliser leur théorie.

Pour ce qui est de l'influence des accouchements antérieurs sur l'apparition du cancer du col, KATZ a pu constater à la Clinique PEHAM que la multipare en est atteinte beaucoup plus fréquemment que les femmes sans enfants ; SAMPSON et POLAK ont fait des constatations analogues et préconisent ainsi de pratiquer largement l'hystérectomie totale lorsque la multiparité est connue.

Quelle que soit sa cause, le cancer du col est encore trop souvent rencontré pour que l'on puisse se désintéresser du moyen prophylactique capable de le rayer à tout jamais de la liste des cancers génitaux de la femme. Ce moyen existe et il faut savoir en user.

Si nous continuons l'étude de ce cancer, il nous en faut maintenant fixer la gravité. Nous pensons qu'il est inutile de nous attarder sur la clinique et sur l'anatomo-pathologie de ces formations et il nous suffira bien de dire que le cancer du col restant est un cancer redoutable.

FORGUE disait lui-même « qu'il ne faut pas compter sur la quantité de ces cancers, mais considérer la qualité, la gravité de cette complication ». En effet, il est d'exérèse difficile et tend à se propager rapidement au vagin et FORGUE ajoutait : « soit qu'on l'attaque par voie vaginale, soit qu'on reprenne la totale par l'abdomen, il faut s'attendre à une intervention malaisée, incertaine comme excision radicale ».

Et peut-on compter, dans ce cas, sur l'efficacité du radium ? L'hystérectomie totale, seule, en enlevant l'utérus et son col, supprime ainsi la portion dangereuse qui risque de dégénérer ; elle seule se révèle comme le moyen radical à opposer à de telles complications.

OBSERVATIONS

Obs. N° 1. — Mme B... Rosa, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale en janvier 1950 pour fibrome hémorragique.
— Anesthésie en circuit fermé (éther - protoxyde - oxygène).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Augmentation de poids depuis l'intervention. A repris son travail.

Obs. N° 2. — Mme T... Joséphine, âgée de 65 ans :
— A subi une hystérectomie totale, plus une périnéorraphie antérieure et postérieure en février 1950 pour prolapsus utérin avec cystocèle.
— Anesthésie en circuit fermé (E.P.O.).
— Suites opératoires bonnes, mais il demeure une incontinence d'urines constante et une baisse minime de l'état général.

Obs. N° 3. — Mme H... Agathe, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en juillet 1950.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Augmentation de poids et reprise de son activité.

Obs. N° 4. — Mme D... Marguerite, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en octobre 1950.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.) avec camphonirvane antérieur.
— Les suites opératoires ont été bonnes. La malade signale quelques pertes vaginales très foncées. L'état général s'améliore et la malade ouvre un commerce, chose qu'elle n'avait pu faire auparavant.

Obs. N° 5. — Mme A... Dolorès, âgée de 23 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1950 pour métrosalpingite chronique. Plusieurs traitements médicaux effectués auparavant, et notamment pénicilline et vaccin, avaient échoué.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites immédiates sont bonnes. L'état général est satisfaisant et la malade grossit ; elle s'estime satifaite des résultats de l'intervention.

Obs. N° 6. — Mme R... Yvonne, âgée de 50 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1950 pour fibrome avec ovarite scléro-kystique gauche.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites immédiates ont été bonnes. L'état général est bon. La malade reprend assez rapidement ses occupations.

Obs. N° 7. — Mme B... Augusta, âgée de 44 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1950 pour fibrome, plus kyste pédiculé de l'ovaire droit.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. La malade signale actuellement quelques rares pertes vaginales. Elle signale, en outre, quelques troubles urinaires, mais ceux-ci existaient déjà avant l'intervention.

Obs. N° 8. — Mme P... Agnès, âgée de 48 ans :
— A subi une hystérectomie totale en janvier 1951 pour fibrome et ovarite scléro-kystique gauche ; on pratique, en plus, une appendicectomie.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Quelques pertes vaginales, mais bon état général.
Rien d'autre à signaler.

Obs. N° 9. — Mme B... Pauline, âgée de 51 ans :
— A subi une hystérectomie totale en janvier 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.) avec intubation et curare.
— Les suites opératoires ont été bonnes. Etat de santé actuel excellent. La malade est enchantée du résultat opératoire.

Obs. N° 10. — Mme S... Raymonde, âgée de 32 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1951 pour fibrome avec métrorragies importantes.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.) avec intubation et curare. On effectue un drainage par le vagin.
— Les suites opératoires ont été bonnes. La malade signale actuellement une perte de poids de 8 kgs, depuis l'intervention et une asthénie plus marquée.

Obs. N° 11. — Mme D... Hortense, âgée de 56 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome, en avril 1951.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.), plus intubation et curare.
— Les suites opératoires ont été bonnes. Bon état général. Pas d'amaigrissement.

Obs. N° 12. — Mme A... Joséphine, âgée de 37 ans :
— A subi une hystérectomie totale en avril 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Suites opératoires, immédiates et éloignées, excellentes.

Obs. N° 13. — Mme D... Joséphine, âgée de 30 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1951 pour métro-salpingite. Un traitement médical institué auparavant (Propi

don - pénicilline - glace - injections chaudes), s'était révélé sans effet.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.). On n'effectue pas de drainage vaginal.
— Les suites opératoires ont été bonnes. On note seulement quelques pertes vaginales actuellement.

Obs. N° 14. — Mme C... Antoinette, âgée de 68 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Actuellement, aucun trouble ni malaise. Etat général excellent.

Obs. N° 15. — Mme F... Michèle, âgée de 38 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Suites opératoires immédiates excellentes. A rapidement quitté l'hôpital et repris ses occupations.

Obs. N° 16. — Mme A... Yvette, âgée de 32 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1951 pour métrite hémorragique.
— Après l'intervention, la malade a présenté un état de shock et une transfusion dut être pratiquée d'urgence.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— L'amélioration est rapide et les suites opératoires éloignées sont bonnes. Il persiste seulement une anémie légère.

Obs. N° 17. — Mme P... Clémentine, âgée de 47 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1951 pour gros fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. On signale cependant un amaigrissement, mais celui-ci semble être en rapport avec l'alimentation de la malade, qui est soignée pour hypertension.

Obs. N° 18. — Mme A... Marie-Jeanne, âgée de 44 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juin 1951 pour un gros fibrome inclus dans le ligament large.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Pas de pertes vaginales ni de troubles divers. Augmentation de poids. Reprise de travail intégrale.

Obs. N° 19. — Mme B... Jeanne, âgée de 44 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juin 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires immédiates et éloignées.

Obs. N° 20. — Mme G... Yvonne, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juin 1951 pour un gros fibrome hémorragique.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.). L'hystérectomie totale a été pratiquée en deux temps : ablation du fibrome, puis ablation du col. La malade a présenté un shock post-opératoire important pour lequel on fait une injection de plasma sec (500 cc, plus 20 cc de syncaïne de 1 %).
— Disparition rapide du shock et suites éloignées satisfaisantes.

Obs. N° 21. — M^me^ S... Eugénie, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juillet 1951 pour métrorragie importante.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Suites opératoires immédiates et éloignées, bonnes.

Obs. N° 22. — M^me^ L... M.-Jeanne, âgée de 35 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en août 1951. On avait pratiqué, deux mois auparavant, une périnéorraphie postérieure, avec suture des releveurs au nylon, pour mictions fréquentes mais sans cause retenue et sans résultat. La plaie opératoire a suppuré jusqu'en novembre ; cet état étant provoqué par un fil de nylon, on dut pratiquer l'ablation de celui-ci.
— Les suites éloignées ont été bonnes et la malade se trouve actuellement nettement améliorée.

Obs. N° 23. — M^me^ D... Henriette, âgée de 51 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome inclus dans le ligament large, en septembre 1951.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Revient en décembre pour ablation d'un fil de nylon ayant entretenu une suppuration prolongée. Sort guérie de l'hôpital, quelques jours après.
— A part cette complication minime, on ne signale aucun autre trouble, l'état général est bon et la malade a légèrement grossi.

Obs. N° 24. — M^me^ N... Rose, âgée de 36 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires, immédiates et éloignées, ont été normales. A signaler seulement quelques pertes vaginales insignifiantes

Obs. N° 25. — M^me^ C... Catherine, âgée de 69 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour prolapsus utérin en octobre 1951.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. La malade signale en outre qu'elle a repris actuellement ses occupations malgré son âge ; celles-ci avaient été abandonnées avant l'intervention.

Obs. N° 26. — M^me^ B... Antoinette, âgée de 55 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1951 pour prolapsus utérin.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires immédiates et éloignées.

Obs. N° 27. — M^me^ A... Lucienne, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1951 pour gros fibrome.
— Les suites opératoires ont été bonnes et la malade mène une vie très active depuis l'intervention.

Obs. N° 28. — M^me^ C... Julie, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.)

— Quelques heures après l'intervention, hémorragie de la tranche vaginale avec syndrome de shock (tension à 6), ayant nécessité un tamponnement et du Subtosan. Le lendemain, réablissement de l'état général. La malade est sortie du service en bon état.
— Actuellement, l'état général est satisfaisant. Poids inchangé ; jamais de pertes vaginales.

Obs. N° 29. — Mme B... Lucie, âgée de 58 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1951 pour prolapsus utérin avec ulcération du col.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates et éloignées.

Obs. N° 30. — Mme G... Juliette, âgée de 36 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. L'état de santé actuel est médiocre, mais ne semble pas lié à l'intervention.

Obs. N° 31. — Mme G... Joséphine, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.). On effectue un drainage vaginal.
— Les suites opératoires sont normales. Légère augmentation de poids actuellement.

Obs. N° 32. — Mme C... Rose, âgée de 70 ans :
— A subi une hystérectomie totale en décembre 1951 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.)., avec intubation et curare.
— Les suites opératoires ont été bonnes. La malade a repris son travail, malgré son âge avancé.

Obs. N° 33. — Mme L... Elise, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates et éloignées. Augmentation notable de son poids.

Obs. N° 34. — Mme B... Augusta, âgée de 41 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1952 pour tumeur endo-utérine.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.). On pratique simultanément une appendicectomie.
— L'état général est bon. La malade a repris sa vie normale.

Obs. N° 35. — Mme B... Jeanne, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Actuellement, on note un léger amaigrissement ; mais la malade effectue ses travaux mieux qu'auparavant.

Obs. N° 36. — Mme R... Yvonne, âgée de 30 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mers 1952 pour métro-salpingite ; le traitement médical antérieur à la pénicilline poursuivi pendant cinq semaines s'était révélé sans effet.

— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes ; on a pratiqué en octobre 1953 une section de brides et adhérences, plus une appendicectomie. Depuis, la malade a repris son travail mais signale cependant une asthénie légère.

Obs. N° 37. — Mme H... Arlette, âgée de 39 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mars 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Actuellement, cette femme a dû cesser son travail à cause d'une importante décalcification mais ne signale aucune complication imputable à l'intervention.

Obs. N° 38. — Mme P... Catherine, âgée de 43 ans :
— A subi une hystérectomie totale en avril 1952 pour fibrome et ovarite bilatérale.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires immédiates. Actuellement la malade présente un léger amaigrissement et ne peut s'occuper que de menus travaux.

Obs. N° 39. — Mme R... Paulette, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale en avril 1952 pour fibrome multi-nodulaire.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— L'intervention avait été de durée et de difficulté moyennes et les suites opératoires semblaient donc devoir être bonnes. Mais rapidement, l'état général faiblit et les différentes azotémies recherchées révélèrent une augmentation croissante du taux de l'urée dans le sang. Cette femme est décédée 5 jours après l'intervention avec une azotémie à 2.60 g., malgré le traitement médical approprié (Perfusion au sérum - syncaïne 1/200 - Chophytol, etc...).

Obs. N° 40. — Mme C... Yvonne, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— On pratiqua également une appendicectomie. Cette femme présentait une chute de poids de 12 kgs avant l'intervention. Actuellement elle a repris son poids normal ; elle travaille sans aucun effort comme par le passé.

Obs. N° 41. — Mme G... Eugénie, âgée de 44 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1952 pour métrite hémorragique.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Actuellement, quelques rares pertes vaginales jaune clair ; l'état général est bon. On note une augmentation de poids de 6 kgs. Cette femme travaille avec plus d'ardeur et de facilité qu'avant.

Obs. N° 42. — Mme M... Andrée, âgée de 35 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1952 pour torsion des annexes du côté droit et ovarite scléro-kystique
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.)

— A l'intervention, on nota en plus une inflammation importante de la trompe gauche et de l'appendice pour laquelle on pratiqua également une appendicectomie.
— Les suites opératoires immédiates et éloignées ont été bonnes. Pas de pertes vaginales. Augmentation de poids de 4 kgs. Reprise de l'activité normale.

Obs. N° 43. — M^me^ G... Honorée, âgée de 35 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mai 1952 pour métro-salpingite.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
Un traitement médical antérieur pratiqué durant deux mois n'avait donné aucun résultat.
— Les suites opératoires ont été satisfaisantes. Actuellement cette femme ne présente aucun trouble ni malaise imputables à l'hystérectomie.

Obs. N° 44. — M^me^ C... Marie, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juin 1952 pour métrite hémorragique.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été satisfaisantes. Actuellement, cette femme présente un bon état général, une augmentation de poids de 5 kgs et vaque, comme auparavant, à ses travaux ménagers.

Obs. N° 45. — M^me^ B... Paulette, âgée de 48 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juin 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates et éloignées ont été bonnes. Cette femme a repris son travail avec plus d'ardeur qu'auparavant et se trouve très heureuse de cette intervention.

Obs. N° 46. — M^me^ P... Joséphine, âgée de 43 ans :
— A subi une hystérectomie totale en août 1952 pour gros fibrome enclavé.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Actuellement, cette femme signale seulement quelques pertes vaginales, d'aspect jaunâtre qui surviennent après un surmenage. A noter une augmentation de poids de 5 kgs.

Obs. N° 47. — M^me^ C... Yvonne, âgée de 41 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1952 pour gros fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Actuellement, l'état général est très bon. La malade a repris son travail.

Obs. N° 48. — M^me^ Ch... Mireille, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Actuellement, état général satisfaisant. Cette femme effectue très facilement de nombreux et fatigants travaux.

Obs. N° 49. — M^me^ Ch. Emilienne, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Une augmentation de poids est à signaler depuis l'intervention. Cette femme a repris très rapidement son travail.

Obs. N° 50. — M^me^ F... Lucienne, âgée de 32 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires immédiates. Cette femme vaque toujours à ses occupations ménagères mais elle présente actuellement un amaigrissement de 6 kgs ainsi qu'une certaine asthénie.

Obs. N° 51. — M^me^ T... Edwige, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1952 pour fibrome enclavé dans le pelvis.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été normales. Actuellement, l'état général est bon permettant une activité normale.

Obs. N° 52. — M^me^ L... Marie, âgée de 48 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1952 pour endométriose.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Après un léger shock opératoire la tension artérielle n'est redevenue normale qu'après deux jours. L'état général s'est amélioré très rapidement, mais la malade sortit très affaiblie de l'hôpital. Prompt rétablissement. Actuellement, cette femme se trouve enchantée du bon résultat.

Obs. N° 53. — M^me^ R... Catherine, âgée de 57 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Actuellement, cette femme signale quelques pertes vaginales blanchâtres mais bon état général.

Obs. N° 54. — M^me^ V... Yvette, âgée de 38 ans :
— A subi une hystérectomie totale en novembre 1952 pour métro-salpingite.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
Les suites opératoires immédiates ont été troublées par l'apparition d'un hématome au 6^e^ jour, évacué rapidement avec mise en place de mèche au dakin. L'état s'améliore progressivement, la température redevient normale. Cette complication mise à part, on ne note aucun autre accident dû à l'intervention. Actuellement, cette femme a repris son poids normal et mène une vie des plus actives.

Obs. N° 55. — M^me^ P... Mathilde, âgée de 38 ans :
— A subi une hystérectomie totale en décembre 1952 pour kyste hématique des deux ovaires.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
On effectue un drainage du pelvis avec un drain trans-vaginal et une mèche abdominale.

— Malgré les suites opératoires immédiates précaires, cette malade n'a jamais présenté de ballonnement (gaz après 48 heures, selles au 5e jour). Dans les suites tardives, il faut signaler une fistule stercorale qui a persisté 11 mois sans retentir sur l'état général. On emploie deux séries d'ampoules de sérum de Bogomoletz, qui semble avoir hâté la guérison.

Obs. N° 56. — Mme D... Thérèse, âgée de 52 ans :
— A subi une hystérectomie totale en décembre 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.), plus intubation et curare.
— Les suites opératoires ont été bonnes. Actuellement, cette femme signale un bon état général et une augmentation de poids est à noter.

Obs. N° 57. — Mme G... Simone, âgée de 57 ans :
— A subi une hystérectomie totale en 1952 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Actuellement, cette femme nous signale seulement quelques pertes vaginales mais une légère augmentation de poids.

Obs. N° 58. — Mme K... Lucie, âgée de 36 ans :
— A subi une hystérectomie en janvier 1953 pour salpingite, plus kyste de l'ovaire droit.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes, l'état général est satisfaisant. Cette femme n'a pas maigri, elle effectue son travail comme avant mais signale cependant de légères douleurs dans le petit bassin, apparaissant par intermittence depuis l'intervention.

Obs. N° 59. — Mme C... Adelphine, âgée de 59 ans :
— A subi une hystérectomie totale par voie vaginale en janvier 1953 pour prolapsus utérin complet avec cystocèle.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Rien à signaler actuellement. Pas d'amaigrissement,

Obs. N° 60. — Mme M... Marguerite, âgée de 50 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1953 pour métro-salpingite.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Depuis l'intervention, cette femme a subi en mars 1955 une appendicectomie ; elle présente actuellement un léger cystocèle avec brulûres à la miction. Pas d'amaigrissement.

Obs. N° 61. — Mme E... Marie, âgée de 43 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1953 pour gros fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Elle signale actuellement l'apparition de quelques pertes vaginales, une diminution de poids de 2 kgs, mais effectue son travail mieux qu'auparavant.

Obs. N° 62. — Mme Ch... Marguerite, âgée de 47 ans :
— A subi une hystérectomie totale en février 1953 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates et éloignées. L'état général actuel est très satisfaisant.

Obs. N° 63. — Mme J... Rose, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mars 1953 pour fibrome.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Actuellement, on note des pertes vaginales assez abondantes, une augmentation de poids de 7 kgs qui ne semble pas être bien tolérée par cette femme.

Obs. N° 64. — Mme B... Charlotte, âgée de 62 ans :
— A subi une hystérectomie totale en mars 1953 pour prolapsus utérin.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires ; état général excellent. Cette femme effectue actuellement un travail pénible sans aucune difficulté.

Obs. N° 65. — Mme F... Andrée, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en avril 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. L'état général actuel est satisfaisant mais cette femme présente parfois de légères douleurs dans le pelvis, interprétées comme de petits signes d'adhérences.

Obs. N° 66. — Mme F... Fernande, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale en avril 1953 pour fibrome à deux noyaux.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Durant un mois après l'intervention cette femme a présenté des pertes blanches. Actuellement l'état de santé est bon, le poids est normal.

Obs. N° 67. — Mme D... Marie, âgée de 60 ans :
— A subi une hystérectomie totale en avril 1953 pour kyste de l'ovaire.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été excellentes. Actuellement, cette femme ne signale ni pertes, ni malaises et son état de santé est bon.

Obs. N° 68. — Mme P... Henriette, âgée de 41 ans :
— A subi une hystérectomie totale par voie vaginale en mai 1954 pour fibrome et prolapsus.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. Cette femme ne signale actuellement aucun trouble ni malaise ; une légère augmentation de poids est à noter. A repris son travail comme auparavant.

Obs. N° 69. — Mme C... Christiane, âgée de 39 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour métro-salpingite en mai 1953
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).

— Un traitement médical antérieur n'avait donné que des échecs. Les suites opératoires sont satifaisantes et cette femme a rapidement repris sa vie normale.

Obs. N° 70. — M^me^ M... Raymonde, âgée de 39 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en juin 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Dans les suites opératoires immédiates, on a noté une élévation progressive de l'azotémie à 1,5 g. Le taux de celle-ci s'est rapidement abaissé sous l'effet du traitement médical.
Cette malade nous signale que deux mois après l'intervention, elle a présenté une hypertension artérielle (21-9) qui actuellement atteint encore 18 1/2-7. Son poids a augmenté de 6 kgs. Elle vaque à ses occupations malgré les bouffées de chaleur et les vertiges fréquents imputables, semble-t-il, à cette hypertension.

Obs. N° 71. — M^me^ C... Laurence, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale par voie vaginale pour prolapsus utérin en juillet 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Deux jours après l'intervention, un état fébrile s'installe ; de nombreux examens pratiqués alors se révèlent tous négatifs ; seul le séro-diagnostic de WRIGHT met en évidence une mélitococcie compliquée rapidement d'arthropathies. Sous l'effet du traitement, l'état général s'améliore mais les arthropathies semblent plus tenaces et sont cause actuellement d'une baisse de l'activité.

Obs. N° 72. — M^me^ S... Jeanne, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en juillet 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Dans les suites opératoires on note rapidement un écoulement d'urines par le vagin. Cet écoulement est involontaire et orthostatique. Le toucher vaginal met en évidence la présence d'une fistule vésico-vaginale imputable à un sphacèle de la paroi postérieure de la vessie. Cette fistule nécessite une réintervention en deux temps. Actuellement, la malade semble rétablie. Son état général est bon.

Obs. N° 73. — M^me^ L... Léocadie, âgée de 34 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour métro-salpingite en septembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates sont excellentes. Actuellement, cette femme ne présente aucun trouble ni malaise ; l'état général est parfait. Elle signale un très léger amaigrissement mais effectue ses travaux mieux qu'auparavant.

Obs. N° 74. — M^me^ M... Adèle, âgée de 50 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires immédiates et éloignées. L'état de santé actuel est excellent.

Obs. N° 75. — M^me^ V... Sylvette, âgée de 33 ans :
— A subi une hystérectomie totale en septembre 1953 pour kyste de l'ovaire gauche.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
On a conservé l'ovaire droit. Les suites opératoires immédiates ont été très bonnes.
— Six mois après cette intervention, apparition de douleurs dans le petit bassin. L'examen révèle la présence d'une masse dans le pelvis du côté droit. La malade revient à l'hôpital en juillet 1954 pour y subir l'ovariectomie droite.
Une troisième intervention a été nécessaire en février 1955 pour kyste développé sur le tissu du ligament lombo-ovarien. Depuis, l'état général s'est bien amélioré ; le syndrome douloureux a disparu et cette femme a pu reprendre intégralement son travail.

Obs. N° 76. — M^me^ B... Noémie, âgée de 39 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour métro-salpingite en septembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bon résultat opératoire. Etat général actuel des plus satisfaisants.

Obs. N° 77. — M^me^ V... Lisette, âgée de 42 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en octobre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Actuellement, l'état de santé de cette femme est bon ; elle signale une augmentation de poids de 4 kgs.

Obs. N° 78. — M^me^ R... Louise, âgée de 62 ans :
— A subi une hystérectomie totale par voie vaginale pour prolapsus utérin en novembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires. Actuellement, cette femme signale des pertes vaginales d'aspect purulent et striées de sang. L'état général demeure cependant satisfaisant.

Obs. N° 79. — M^me^ V... Fernande, âgée de 37 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome avec rétro-version utérine en novembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été normales. Elle signale actuellement quelques pertes vaginales, une asthénie légère. Elle aurait également une cicatrice douloureuse.

Obs. N° 80. — M^me^ L... Annonciade, âgée de 41 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en novembre 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.) avec intubation
— Bonnes suites opératoires immédiates et éloignées. A signaler seulement une certaine asthénie qui semble en rapport avec un œdème par stase des membres inférieurs.

Obs. N° 81. — M^me^ L... Julie, âgée de 50 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en décembre 1953
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes ; l'état général actuel est des plus satisfaisants.

Obs. N° 82. — M^me^ B... Marthe, âgée de 37 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour métro-salpingite en janvier 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Cette personne nous signale qu'après un repos post-opératoire de deux mois, elle a repris ses occupations avec plus de courage qu'auparavant.

Obs. N° 83. — M^me^ H... Emilie, âgée de 40 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en janvier 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été troublées par l'apparition d'un shock important ayant nécessité de nombreuses perfusions ; rapidement, la tension s'est relevée, l'état général s'est amélioré et la malade est sortie de l'hôpital complètement rétablie. Elle ne présente plus actuellement de troubles imputables à l'hystérectomie.

Obs. N° 84. — M^me^ R... Félicie, âgée de 33 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour annexite en janvier 1954, après échec du traitement médical.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Etat de santé actuel excellent.

Obs. N° 85. — M^me^ C... Renée, âgée de 56 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en février 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. Elle présente actuellement un bon état général avec reprise du poids perdu.

Obs. N° 86. — M^me^ M... Marcelle, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en février 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Actuellement cette femme présente un état général des meilleurs ; elle signale simplement quelques légères pertes vaginales. Son poids a augmenté de même que son ardeur au travail.

Obs. N° 87. — M^me^ P.. Noémie, âgée de 62 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour prolapsus utérin en mars 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Elle avait déjà subi en 1947 une périnéorraphie pour prolapsus vésical et une ventrofixation en 1948. Huit jours après l'hystérectomie on a noté l'apparition d'une phlébite, retentissant beaucoup sur l'état général. Actuellement elle signale la présence d'un ulcère variqueux en pleine évolution rebelle à la thérapeutique et qui diminue de beaucoup son activité.

Obs. N° 88. — M^me^ G... Paula, âgée de 52 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour prolapsus utérin en mars 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes ; en juin 1954, on a noté une suppuration entretenue par un fil de nylon et pour laquelle une seconde hospitalisation de courte durée a été néces-

saire. Actuellement tout est rentré dans l'ordre. L'état général est bon et l'augmentation de poids nette.

Obs. N° 89. — Mme L... Marie, âgée de 58 ans :
— A subi une hystérectomie pour prolapsus utérin, en mars 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires immédiates et éloignées ont été bonnes ; l'état général actuel est satisfaisant. On note une augmentation de poids de 5 kgs.

Obs. N° 90. — Mme L... Marie, âgée de 49 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en avril 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Actuellement cette femme signale quelques pertes vaginales jaunâtres qui, une fois seulement, auraient été sanguinolentes. Etat général moyen, légère asthénie.

Obs. N° 91. — Mme B... Louise, âgée de 36 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en avril 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Bonnes suites opératoires immédiates. Rétablissement rapide. Augmentation de poids, mais légère asthénie actuellement.

Obs. N° 92. — Mme C... Raymonde, âgée de 44 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en mai 1953.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires. Actuellement, bon état général. Cette femme a repris son travail rapidement et sans fatigue.

Obs. N° 93. — Mme Q... Eugénie, âgée de 39 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour métro-salpingite en mai 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires. Très bon état général actuellement.
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en juillet 1954.

Obs. N° 94. — Mme B... Germaine, âgée de 48 ans :
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Suites opératoires immédiates satisfaisantes. Actuellement, bon état général. Augmentation de poids et reprise de l'activité.

Obs. N° 95. — Mme C... Marie-Rose, âgée de 42 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en juillet 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Dix jours après l'intervention, douleurs au niveau des membres inférieurs avec température signalant l'apparition d'une phlébite. La mise en œuvre rapide du traitement médical permet une résolution complète de cette complication. Actuellement bon état général, augmentation de poids et reprise intégrale de l'activité.

Obs. N° 96. — Mme O... Pierrette, âgée de 35 ans :
— A subi une hystérectomie totale en juillet 1954 pour salpingite bilatérale, après échec d'un traitement médical.

— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Rien à signaler dans les suites opératoires. Très bon état général actuellement.

Obs. N° 97. — M^me^ B... Jeannette, âgée de 45 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en août 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.).
— Les suites opératoires ont été bonnes. L'état de santé actuel de cette femme est des plus satisfaisants.

Obs. N° 98. — M^me^ C... Angèle, âgée de 34 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en octobre 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.) avec intubation.
— Bonnes suites opératoires. Cette femme a repris rapidement son travail sans aucune difficulté.

Obs. N° 99. — M^me^ B... Marie-Antoinette, âgée de 48 ans :
— A subi une hystérectomie totale pour fibrome en octobre 1954.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.), plus intubation.
— Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. La malade est sortie du service complètement rétablie.

Obs. N° 100. — M^me^ R... Antoinette, âgée de 46 ans :
— A subi une hystérectomie totale en octobre 1954 pour volumineux kyste de l'ovaire droit.
— Anesthésie générale en circuit fermé (E.P.O.), plus intubation.
— On pratique simultanément une appendicectomie. L'intervention est rendue pénible par une hémorragie difficile à arrêter. La tension baisse rapidement et une transfusion a dû être installée d'urgence. L'état général est demeuré précaire quelques temps et cette femme est sortie très affaiblie du Service. Actuellement le rétablissement est complet, l'état général satisfaisant.

CONCLUSION

A propos de 100 cas d'hystérectomies totales pratiqués de principe par le même chirurgien pour diverses lésions gynécologiques, nous avons étudié, sous des aspects nouveaux, le problème du choix de l'hystérectomie : totale ou sub-totale.

Après avoir écarté les arguments physiologiques et sensoriels qui pourraient s'opposer au principe de l'ablation systématique du col, nous avons soigneusement étudié les inconvénients et les avantages de l'hystérectomie totale.

Des inconvénients réputés nombreux :

— difficultés opératoires plus grandes,

— durée de l'intervention plus longue,

— dangers d'hémorragie de la tranche vaginale pendant et après l'intervention,

— dangers de contamination par le vagin infecté,

— troubles de la statique pelvienne favorisant le prolapsus,

— enfin mortalité plus grande, du fait des suites opératoires plus complexes,

bien peu ont retenu vraiment notre attention. En prenant le problème à l'envers, la mortalité de notre statistique n'étant pas plus élevée que dans l'hystérectomie sub-totale et les suites aussi simples, il nous a semblé que cela était facilement discutable, car une technique simple et précise utilisant l'espace péri-cervical, la fermeture soigneuse en deux plans de la tranche vaginale étaient susceptibles de ramener une hystérectomie totale aux mêmes conditions de bénignité que la sub-totale, seule la durée étant plus longue. Mais cet argument n'a plus grande valeur aujourd'hui, sauf cas d'exception.

Par contre, les avantages sont notables. Loin de favoriser le prolapsus, l'hystérectomie totale est à cet égard moins dangereuse que la sub-totale ; nos constatations rejoignent ainsi celles de Gourvès.

Par ailleurs, l'hystérectomie totale permet dans certains cas un drainage efficace à peu de frais. Elle évite les cervicites résiduelles et prévient l'épithélioma du col restant.

Dans ces conditions nous croyons pouvoir conclure, comme de nombreux auteurs actuellement, que l'ère de la totale systématique est arrivée, la sub-totale ne conservant que des indications beaucoup plus rares.

BIBLIOGRAPHIE

ALDRIDGE. — Complete Abdominal Hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, avril 1950.

ARRIGHI et CALANDRA. — « Prolapsus génital après hystérectomie ». *Pressa Medico-Argent.*, janvier 1948, 35, n° 1, 44-51.

BECLERE. — « A propos du cancer développé sur moignon du col après hystérectomie sub-totale ». *Bulletin Société Obsté-Gyn.*, 1935, 24, n° 6, 372.

BICKEL. — « Prolapsus du vagin consécutif à l'hystérectomie abdominale ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, juil. 1948, 56, n° 152-159.

BLACK. — « Cancer du moignon cervical ». *Surgery Gyn. Obst.*, mai 1939, 68, n° 5, 898.

BONNAL. — Vingt-et-un cas de cancer du col restant (années 1933-34,-35) au Centre anticancéreux de Marseille. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, juin 1936.

BOTTO. — « Indicacao seletiva da histerectomia total an ginecologia ». *Arq. Univ. - Bahia Fac. Med.* 4 : 183-194, 49, Vol. 48, juillet-déc. 1950.

BOUDREAUX J. — *Encyclopédie médico-chirurgicale*, n° 21-523.

BULERE E. — « A propos du cancer développé sur moignon du col restant après hystérectomie ». *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1935, p. 372.

CAMARA. — « Cancer du col restant ». *Revue Gyn. Obst.*, nov. 1951, 55, n° 5, 702.

CHAPUT. — « L'hystérectomie sub-totale hâte l'apparition du cancer ». *Soc. de Chir. de Paris*, 1910.

CHEYNEL J. — « Cancer du col restant après hystérectomie conservatrice pour fibrome ». *Mémoires Acad. Chir. de Paris*, 26 avril 1950, 76, n° 14-15, p. 462-463.

CHOSSON J. — « Cancer du col restant ». *Presse Médicale*, 1932.

CHOSSON J. et CERATI. — « Cancer du col restant à développement très tardif ». *Marseille Médical*, 1933.

COLLIN. — « Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale ». Thèse Nancy, 1940.

CONGRES de Gynécologie 1945. — Méthode tendant à rendre physiologiquement moins mutilante l'hystérectomie ».

COSBIE. — « Cancer du col après hystérectomie sub-totale ». *Amer. Journ. Gyn. Obst.*, juin 1946, 51, n° 6, 751.

DALLAS D.-A. — « Hysterectomy total or sub-total for benign lesion ». *California Med.* 74 : 92-98, Feb. 51.

DAVEO et DESCHAMPS. — « Le dôme vaginal après hystérectomie totale ». *Bull. de Féd. Gyn. et Obs.*, Tome IV, n° 4, 1952.

DAVIS. — « Hémorragie du col après hystérectomie sub-totale ». *Journ. Amer. Méd. Ass.*, 6 juillet 1946, 131, n° 10, 916.

DELSNENY. — « L'hystérectomie dans la cure de certains prolapsus utérins ». Thèse Montpellier, 21-12-43.

DÉTRIÉ Ph. — « Traitement des prolapsus génitaux après hystérectomie ». *Presse Médicale* du 12 mars 1955.

DIONISI H. — « Indicationes della histerectomia total en las afecciones ginecologicas benignas ». Boly. y trab. *Soc. Cir. Cordoba*, 12 : 297-307, 515. - *Obst. Gynec. Latino Am.* 10 : 57-61, jan., feb., 1525.

DOR J. — « Cancer du col restant ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, séance du 6 juillet 1936.

FAURE J.-L. — « Hystérectomie totale ou hystérectomie sub-totale ». *Presse Médicale*, 14 janvier 1933, p. 65.

FERRAND. — « Contribution à l'étude du prolapsus génital après hystérectomie ». Thèse de Marseille, 1942.

FORGUE. — « Hystérectomie totale ou sub-totale ». *Presse Médicale*, septembre 1932.

FUNCK P., BRENTANO et ROBERT H.-G. — E.M.C. 1954, P. 474 - B. 10 - I : « Hystérectomie totale ou sub-totale ? »

GOURVÈS. — « Contribution à l'étude et au traitement des prolapsus génitaux après hystérectomie ». Thèse de Paris, 1954.

GRADET. — « Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale » Thèse de Nancy 1943-1944.

HAMILTON. — « Prolapsus consécutif à l'hystérectomie ». *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, tome 66, n° 3, p. 184, juin 1943.

HARDEN S. — « Résultat de 2.000 hystérectomies ». *J. M. Soc. New-Jersey*, 45, 548-551, novembre 1948.

HENRIKSEN. — « Le moignon cervical restant ». *Americ. J. O. G.*, mars 1939, 37, n° 3, 452.

HEROLD. — « Est-ce que la possibilité de l'apparition du cancer du moignon cervical justifie l'abandon d'une amputation sus-vaginale de l'utérus ». *Z. Gyn.*, 14 janvier 1933, n° 2, p. 108.

HUNT. — « Indications et avantages de l'hystérectomie abdominale complète, au contraire de l'hystérectomie incomplète ». *Amer. Jour. Surgery*, juin 1946; 71, n° 6, 723.

HUNTER J.-W. — « Conservation du col de l'utérus dans les opérations pour prolapsus ». *Brit. M. J.*, nov. 1939, n° 4, 115, 991.

JEANNENEY. — « Cancer du col restant ». *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1929.

JONES H.-O. — Northwestern University, Chicago : « Controversial details of complete hysterectomy ». *Texas state Journal of Medicine*, Fort worth 1948, 43-11 (688-690), Table 2.

LABORDE S. — « Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale ». *Bulletin Soc. O. G.*, 1935, 24, n° 7, 446.

LABORDE S. et ROQUES. — « Epithélioma développé au niveau du col après hystérectomie sub-totale ». *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1928, p. 123.

LARSON P. — « Total abdominal hyeterectomy ; analysis of 250 consecutive operations without mortality ». *Journal Lancet* 68 : 314-316, Aug. 48.

LAMARQUE. — « Cancer du col restant ». *Bull. Ass. Franç. du Cancer*, 1943, 31, n° 3, 195.

LAPEYRE et ESTOR. — « Cancer du col restant après hystérectomie subtotale ». *Bull. Soc. O. G.*, 1934, 23, n° 8, 547.

LEFEBVRE et GOUZI. — « Le cancer du col restant ». *Revue France G. O.*, avril 1937, 32, n° 4, 256.

MASSON J. — « Hystérectomie totale ou hystérectomie subtotale ? ». *Ann. J. of Obst. and Gyn.*, 1927, Vol. 14, p. 486.

MEVEL. — « Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale ». Thèse de Bordeaux, 1931.

MOIROUD M. — « Cancer du col restant, intervalle libre de 7 ans ». (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1937.

MONOD R. — « La cancérisation du col après hystérectomie sub-totale ». *Bruxelles-Méd.*, 3 août 1930, p. 1.087).

DE MORAES A. — « Indications for total hyeterectomy in non malignent conditions of uterus ». *Am. J. Obst. et Gynecol.* (suppl.), 61 A : 483-490, June 51.

MULLER F. et HAMERMESZ. — « Total hysterectomi : Indications in gynecologic clinic of Faculty of Medicine of University of Sao Paulo ». *Am. Clin. Ginec. Fac. Med. Univ. Sao Paulo.* 3 : 91-99-49, p. 1401.

PETERSEN P. — « Hysterectomy ; Study of types points of technic and conclusions ». *Am. J. Surg.* 78 : 239-244, Aug. 49.

PETYT. — « Le cancer du col après hystérectomie sub-totale ». Thèse de Lille, 38-39.

PHILIP J.-A. — « Anévrisme de l'artère utérine après hystérectomie sub-totale ». *Mém. Acad. de Chir.* 74 : 365-366, Mai 5-12-48.

PINSAN. — « La question de la cancérisation du moignon cervical ». *Revue Franç. de Gynéc. et Obstétr.*, Tome 25, n° 11, nov. 1930, p. 688-702.

POLLOSSON E. — « A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie sub-totale ». *Lyon Chirurgical*, 27, sept.-oct. 1930.

PONTTINS et ROCHER. — « Le cancer du col restant et de la cicatrice vaginale après hystérectomie sub-totale ». *Bull. Ass. Franç. du Cancer*, 1944, 32, n° 1.

QUENU. — Traité de Chirurgie.

ROLLAND M. — « Procédé de sécurité d'hystérectomie totale abdominale suivant la technique d'Aldrige ». Thèse Marseille, 1954.

SAEGESSER. — « Le cancer du col restant ». *Gynécologia*, février 1947, 23, n° 2, 80-107.

SALLES, A. de A. — « Indicaoes da histerectomia total ». *Rev. Brasil, de Cir.* 18 : 661-687, Oct. 49.

SCHEFFEY. — « Cancer du moignon cervical ». *Journ. Am. Med. Ass.*, 12 sept. 1936, n° 11.

SEJOURNET. — « Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale ». *Bull. et Mém. de la Société de Chirurg. de Paris*, 20 décembre 1935, 27.

SENÈQUE. — « Le cancer du col restant après hystérectomie sub-totale ». *Presse Médicale* 39 : 1.048 - 050, 11 juillet 31).

SPENCER Herbert. — « Total abdominal hysterectomy for myoma ». *Bristish Medical Journal*, 25 juin 1932).

UERICH. — « Accident du moignon cervical après hystérectomie sub-totale ». *Compte rendu Société Franç. Gyn. de Paris*, 1939, n° 3, 137 - 141.

VARA PAAVO. — « A propos du cancer du moignon utérin ». *Acta Obstetrica Gyn. - Scand.*, 1945, 25 (suppl.) : 2, 318.

VARA PAAVO et O. KINIYAYEN. — « Hystérectomie abdominale totale opposée à l'hystérectomie abdominale sub-totale ». *Acta Obstetrica Gyn. - Scand.*, 1951, 31 (suppl.).

W. WEIR. — « Statical report of 1771 cases of hysterectomy ». *Am. J. Obst. et Gynec.*, 56, 1151 - 1155, déc. 1948.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême :

D'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire ;

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.